



## Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

### Anmeldeformular Kurzzeitaufenthalt

Personalien Bewohner*in	
Name _____	Vorname _____
Strasse, Nr. _____	PLZ, Ort _____
Telefon _____	Geburtsdatum _____
Zivilstand _____	Heimatort _____
Steuerdomizil _____	Hausarzt _____
Konfession _____	AHV-Nr. 756. _____
Krankenkasse _____	Krankenkasse Versicherungsnummer _____
Krankenkasse Kartennummer _____	Krankenkasse Karte Ablaufdatum _____

Kontaktperson	
Name _____	Vorname _____
Strasse, Nr. _____	PLZ, Ort _____
Telefon _____	Mobile _____
E-Mail _____	Beziehungsgrad _____

Gewünschter Aufenthalt	
von _____	bis _____

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Anmeldung sowie ein aktuelles Arztzeugnis mit Medikamentenliste senden Sie bitte an:

Pflegezentrum Baar, Bewohneradministration, Landhausstrasse 17, 6340 Baar  
[administration@pflegezentrum-baar.ch](mailto:administration@pflegezentrum-baar.ch)